

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

176

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Mojzesz ZORMAN

Né le 12 mars 1907, à Lublin (Pologne)

LES

TROUBLES GASTRIQUES

DES

CARDIAQUES DÉFAILLANTS

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Mojzesz ZORMAN

Né le 12 mars 1907, à Lublin (Pologne)

LES

TROUBLES GASTRIQUES

DES

CARDIAQUES DÉFAILLANTS

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	IANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	BEZANÇON.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	N.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale,
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHTET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOCQUOT.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUÉNU.	
HARVIER.		SCHWARTZ.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			
MM.	Clinique obstétricale.		
ÉCALLE			
GUÉNIOT.			
LE LORIER.			
LÉVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MON BEAU-FRÈRE

A MES AMIS ET COLLEGUES D'ÉTUDES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LOEPER

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine
de Paris

Médecin à l'Hôpital de la Pitié

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous adressons l'expression de notre respectueuse gratitude.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

LES TROUBLES GASTRIQUES DES CARDIAQUES DÉFAILLANTS

Historique

Les anciens auteurs connaissaient déjà les troubles gastriques des cardiaques, mais il faut arriver vers 1867 pour trouver la première description d'ensemble de Raynaud. Un peu plus tard, Leared, Potain et Rendu font une étude sommaire de la dyspepsie cardiaque. Tous ces travaux antérieurs sont résumés dans la thèse de Müller sous le titre de : *Dypepsies des cardiaques*.

Depuis, les travaux se sont multipliés. Hüffler, Einhorn, Stern et Adler recherchent le chimisme stomacal dans les gastropathies d'origine cardiaque, mais arrivent à des résultats contradictoires.

En 1891, Hauteœur reprend l'étude sur le chimisme gastrique des cardiopathies et conclut à l'hypochlorhydrie et à l'hypoepsie.

Carrière, en 1900, admet la classification de troubles digestifs des cardiaques d'après l'importance de l'insuffisance cardiaque. Loeper insiste

sur les troubles gastro-intestinaux de l'aortite abdominale.

En 1914, Lian et Faroy tentent de détacher de l'étude des gastropathies des cardiaques, les crises gastriques de l'aortite abdominale, décrites antérieurement par Carrière sous le nom de « claudication intermittente gastrique ».

Enfin, les recherches sur le chimisme stomacal ont été complétées par Rahier (de Bruxelles). Nous envisagerons dans ce travail les troubles gastriques du cœur insuffisant.

Étiologie et Pathogénie

Selon Carrière, 25 % des cardiaques, des mitraux dans la majorité des cas, se plaignent de troubles gastriques. Ils s'observent dans les deux sexes, mais on ne les voit guère que chez les adultes et les vieillards. Ces troubles ne nous paraissent pas liés à une lésion déterminée.

En effet, nous les voyons apparaître dans les affections de l'endocarde et du myocarde, pourvu que le cœur soit insuffisant, incapable d'assurer une circulation normale. La congestion passive s'ensuit. Le foie se laisse forcer, la tension augmente dans les veines gastriques, pancréatiques et intestinales et tout le fonctionnement digestif s'en trouve compromis (Loeper). Les veines gastriques hyperémiées compriment les glandes et les fibres musculaires, les détruisent ensuite, d'où altération du suc gastrique et une atonie musculaire, les deux grandes causes de la dyspepsie des cardiaques.

Les troubles dyspeptiques intenses peuvent apparaître alors que la congestion passive du foie

est peu marquée. Inversement, nous trouvons chez notre malade de l'observation IX, dans un état d'asystolie manifeste, des troubles gastriques peu accentués.

Il nous semble donc légitime d'incriminer dans certains cas l'influence des réactions individuelles.

Enfin, le système nerveux peut jouer un rôle dans l'apparition de ces troubles.

Anatomie pathologique

Les modifications anatomo-pathologiques ne se présentent pas de la même façon au cours des différentes phases de l'insuffisance cardiaque.

Au stade d'*hyposystolie*, la congestion des vaisseaux gastriques prédomine. Microscopiquement, on trouve une congestion intense de presque tous les tissus. Les capillaires sanguins distendus compriment les glandes et s'opposent à la fois à l'excrétion et à la sécrétion glandulaire. La lumière des glandes est effacée. Leurs cellules sont déformées. De petites hémorragies, dues à la rupture des capillaires peuvent se produire. Macroscopiquement, l'estomac est généralement atone et dilaté. Les vaisseaux turgescents donnent à la paroi épaissie un aspect violacé. On ne trouve qu'exceptionnellement de petites érosions au niveau de la paroi antérieure et de la grande courbure.

Au stade d'*asystolie*, l'hyperémie est encore caractéristique, mais les lésions anatomo-pathologiques sont plus marquées. A l'examen histologique, on note souvent les modifications suivantes. Les fibres

musculaires entrent en dégénérescence. Les glandes sont réduites à des amas cellulaires, à noyaux fragmentés et à peine visibles. Les cellules principales sont déformées. De petites suffusions sanguines se montrent par place. Les érosions s'observent. Elles sont dues à l'action du suc gastrique sur les petits foyers hémorragiques (Carrière).

Macroscopiquement, les lésions ressemblent à celles de l'hyposystolie. On rencontre plus souvent des hémorragies punctiformes. Les érosions sont moins exceptionnelles.

Évolution clinique

1^o ÉTUDE GÉNÉRALE.

Les troubles gastriques peuvent s'observer dans toutes les cardiopathies au stade de l'insuffisance cardiaque (Lian et Faroy).

Dans la majorité des cas, ces troubles sont masqués par les symptômes de la cardiopathie (obs. IX). On ne les décèlera que par un examen attentif du malade. Dans certains cas, le client se plaint de troubles gastriques, accusant en même temps une dyspnée d'effort et des signes de congestion passive. Dans l'observation VIII, nous voyons un cardiaque qui présente des troubles dyspeptiques marqués. Dans d'autres cas « le malade est entré gastrique dans votre cabinet, il en sort cardiaque » (g. Sée). Les troubles gastriques sont au premier plan. Cette forme est très rare. Nous observons les phénomènes dyspeptiques alors que la dyspnée d'effort est le seul signe fonctionnel apparent de la défaillance cardiaque (obs. VIII, stade de dysytolie). Ils existent souvent à la période de dyspnée

d'effort, des œdèmes périphériques, de la congestion passive des viscères (hyposystolie, asystolie).

Les troubles gastriques sont les mêmes dans ces cas variables de la défaillance cardiaque. Il n'existe entre eux qu'une différence de degré.

2^o SYMPTÔMES.

L'interrogatoire de nos malades nous apprend, que la dyspepsie se manifeste par l'anorexie plus ou moins marquée, une pesanteur épigastrique, une lenteur de digestion. Après le repas apparaît un ballonnement abdominal, qui persiste pendant 3 ou 4 heures. Certains malades deviennent incapables du moindre effort. Ils accusent souvent une sensation de brûlures œsophagiennes. Leur visage se congestionne. Les nausées sont fréquentes. Des vomissements peuvent se produire. Exceptionnellement, surviennent des hématomèses noires, peu abondantes (Loeper). A l'examen des selles on trouve fréquemment des hémorragies occultes. La palpation est légèrement douloureuse. Le clapotage est net à la période d'asystolie (obs. V). « Dans tous les cas, la radiographie montre un abaissement notable de l'organe et une diminution de ses contractions » (Loeper). Le chimisme gastrique est profondément modifié. Le taux d'HCl est médiocre et parfois nul. Le suc gastrique atteint à peine quelques centimètres cubes, au lieu d'une centaine

de centimètres cubes par heure, chez un sujet normal (Rahier).

3^o EVOLUTION.

En améliorant l'état fonctionnel du cœur, on peut faire disparaître les troubles gastriques (obs. VII, IX). Généralement, ils rétrocedent après chaque poussée asystolique, pour reparaître à la prochaine. Ce n'est donc qu'une guérison transitoire. Les troubles dyspeptiques ont tendance à s'accroître et à persister parallèlement à l'évolution de l'asystolie. A titre exceptionnel, les hématomés mortelles peuvent venir assombrir le pronostic des gastropathies de l'asystolie.

Diagnostic.

En présence des troubles digestifs des cardiaques, il faut avoir soin d'éliminer les autres causes possibles de ces phénomènes morbides.

1° *L'intoxication digitalique* se reconnaît par les signes suivants : céphalée, vertiges, tendances aux syncopes, nausées, vomissement bilieux, violentes coliques, diarrhée, cyanose, ralentissement du pouls. A un degré de plus le délire et la dilatation pupillaire font leur apparition. Le pronostic devient grave. Tous ces signes s'amendent rapidement avec la suspension du médicament.

2° *L'intoxication iodurée* est mise en évidence par la coexistence des accidents de l'iodisme :

Céphalée, coryza, sialorrhée, exanthèmes, tremblement et insomnie. Cette éventualité est rare.

3° *Les troubles cardiaques sont d'origine digestive.*
— Dans ce cas les troubles dyspeptiques précèdent les troubles cardiaques, caractérisés par des palpitations, des douleurs précordiales, des crises de

dyspnée astmatiforme. On ne trouve généralement pas de lésions organiques du cœur.

4^o *Les troubles cardiaques coexistent avec les troubles rénaux.* — Hormis les cas d'une lésion rénale chronique et évidente, il est souvent très difficile de conclure à l'une ou à l'autre origine de troubles digestifs. Dans tous les cas douteux on aura recours à l'épreuve du traitement digitalique. Si les troubles gastriques disparaissent ou s'atténuent avec l'amélioration de l'état du cœur, on aura le droit de considérer l'origine cardiaque de ces phénomènes comme certaine.

Observations.

OBSERVATION I (Hauteœur, résumée).

*Insuffisance aortique. — Troubles digestifs légers. —
Insuffisance du suc gastrique.*

M... Marie, 38 ans, entrée à l'Hôpital Necker, salle Trousseau n° 1, le 18 décembre 1890.

Insuffisance aortique très accusée. Artères dures, déjà athéromateuses. Pas de rhumatisme antérieur. Aucune maladie grave. La malade n'a pas encore été traitée pour cette affection. Cette femme accuse quelques troubles digestifs. Pas de douleur stomacale. L'appétit est bien conservé. Le seul symptôme important est le retard de la digestion. Elle éprouve après les repas du ballonnement épigastrique. Elle est lourde, facilement essoufflée pendant trois ou quatre heures après les repas. Nombreuses éructations. Pas de vomissement. Les examens successifs du chimisme stomacal montre une insuffisance du suc gastrique.

OBSERVATION II (Hauteccœur, résumée).

Insuffisance et rétrécissement mitraux. — Troubles digestifs marqués. — Diminution considérable de l'HCl.

Tras... Marie, 22 ans, couturière, entrée le 13 février salle Trousseau n° 5, sortie le 30 avril 1890.

La malade a eu plusieurs attaques de rhumatisme. Elle est atteinte d'une double lésion mitrale.

A l'examen, on trouve un état d'asystolie : cœur irrégulier, pouls petit et inégal, œdème des membres inférieurs, foie gros et douloureux, urines rares. Elle accuse des troubles digestifs marqués : anorexie, digestion lente, ballonnement du ventre après les repas, essoufflement et difficulté de marcher pendant quelques heures après avoir mangé. Pas de renvois gazeux, pas de vomissements. La région épigastrique est d'un son tympanique à la percussion. Pas de dilatation stomacale. L'examen du suc gastrique révèle une diminution considérable de l'HCl.

OBSERVATION III (Hauteccœur,
résumé de la suite de l'observation II).

La même malade rentre dans le service le 16 juillet 1890. Elle est de nouveau en pleine asystolie. La malade a vomi deux ou trois fois les jours précédents.

Les troubles gastriques ont persisté. On la soumet à la digitale. Le lendemain les vomissements cessent, le foie diminue de volume. La diurèse s'établit rapidement. La quantité d'Hcl est insignifiante. La malade est hypopeptique au dernier degré.

OBSERVATION IV (Müller, résumé).

Insuffisance mitrale. Rétrécissement aortique.

Hématémèses cardiaques.

Thérèse H..., 57 ans, journalière, entre au mois de février à l'hôpital Saint-Antoine, pavillon Loran.

Nombreuses crises de R. A. A. Elle a eu sa dernière attaque à l'âge de 47 ans. La malade raconte qu'elle digérait difficilement. Le moindre écart du régime amenait des nausées et des vomissements. Les accidents cardiaques ont débuté en 1871 par des palpitations. Il y a 4 semaines elle rendit à 4 reprises, des vomissements de sang rouge caillé.

Entrée le 6 février, la malade présente une dyspnée considérable et un pouls irrégulier, bondissant. Elle vomit quelquefois des matières teintées par des filets de sang.

On lui trouve un souffle systolique à la pointe et un souffle systolique à la base.

Rien aux poumons. Le traitement fait disparaître la dyspnée.

4 mars : pleurésie droite rapidement améliorée par la digitale.

OBSERVATION V (Müller, résumé)

Dil. de l'estomac

Adèle M., 53 ans, journalière, entrée au mois de mai 1885, à l'hôpital Saint-Antoine, pavillon Loran, lit n° 20.

Il y a 3 mois, la malade a éprouvé des palpitations. Ses jambes ont enflé. A l'auscultation du cœur, on constate une arythmie absolue avec un souffle systolique à la pointe et une sorte de roulement dans toute l'étendue de la région précordiale. Depuis 4 mois, la malade éprouve après les repas du ballonnement du ventre avec éructations ; elle rend par en haut et par en bas une grande quantité de gaz. Les digestions sont pénibles, accompagnées d'une oppression considérable. On constate une dilatation considérable de l'estomac, qui descend presque jusqu'à l'ombilic. Le bruit de clapotage est net. Amélioration par la digitale.

OBSERVATION VI (Lian, résumé)

Myocardite. — Troubles digestifs.

Mme L..., 43 ans vient consulter pour des troubles dyspeptiques datant d'un an. Auparavant elle avait un excellent estomac. A noter un léger subictère, cependant que le foie ne déborde pas le rebord costal. Le chimisme gastrique a été presque normal.

Cœur : myocardite avec arythmie complète.

Pas de lésion valvulaire. Aucun signe de congestion passive rénale, pulmonaire, pas d'œdème. Sous l'influence exclusive de la digitale, les troubles dyspeptiques disparaissent en quelques jours.

OBSERVATION VII (personnelle).

Insuffisance mitrale. — Insuffisance aortique. — Disparition des troubles digestifs par le repos et le régime.

Claude B. . . , 44 ans, garçon de café, entré le 2 février 1935 à l'hôpital de la Pitié, salle Rabelais n° 7. Service du Professeur Clerc.

Cardiaque de l'enfance. Réformé au régiment à cause de « fluctuations » de la poitrine. Le malade prétend avoir eu sa première crise de R. A. A. à l'âge de 20 ans. Nombreuses crises depuis.

Les troubles digestifs sont caractérisés par une sensation de brûlures œsophagiennes, une lenteur de digestion, un gonflement du ventre une heure après les repas, des renvois gazeux, des nausées. L'appétit est bon. Pas de vomissements.

Cœur : souffle systolique à la pointe, souffle diastolique à la base, arythmie complète.

T. A. = 11-6. Pouls = 74. Poumons normaux.

Foie légèrement débordant. Urée sanguine = 0,40.

Albumine = 0. B. W : négatif.

Disparition des troubles digestifs par le repos et le régime lacto-végétarien.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Lésions valvulaires multiples. — Troubles digestifs légers.

P..., 16 ans, entré le 27 nov. 1934 à l'hôpital de la Pitié, salle Rabelais n° 17 bis, service du Professeur Clerc.

Crise de R. A. A. à l'âge de 15 ans. Le malade consulte pour une dyspnée d'effort. Il accuse des crises de palpitation et d'étouffement au moindre mouvement. Il présente des troubles digestifs légers : anorexie surtout marquée pour la graisse, lourdeur épigastrique après les repas, des renvois gazeux. Pas de nausées. Pas de vomissements.

Cœur : à la palpation on sent un choc en dôme de la pointe, à l'auscultation on trouve un souffle systolique à la pointe et un souffle diastolique à la base. T. A. = 11,5 = 4. Pouls = 108.

Foie normal. Poumons normaux. B. W. : négatif. Albumine = 0.

OBSERVATION IX (personnelle).

Asystolie. — Troubles digestifs légers.

Augustine Ch..., 75 ans, entrée le 16 déc. 1934, salle Lamy, lit n° 18, service du Professeur Loeper.

La malade est venue consulter pour une grande fati-

gue qui l'empêchait de se tenir sur ses jambes. Les troubles cardiaques remontent à 3 ans.

Elle éprouvait de la difficulté à monter les escaliers et des crises de palpitation au moindre effort. Aucune maladie antérieure.

On trouve à l'examen un œdème violacé, induré des membres inférieurs, une cyanose prononcée, une dyspnée intense. Cœur : tachy-arythmie.

Le foie est gros et douloureux. Poumons normaux. Albumine = 0.

Ce n'est que par l'interrogatoire qu'on apprend que la malade présente quelques troubles digestifs : une diminution de l'appétit, une pesanteur après les repas et des renvois de temps à autre.

Traitement

Lorsque la lésion cardiaque est à son début on limitera le traitement au repos et au régime lacté absolu pendant quelques jours. On prescrira un régime lacto-végétarien, ou un régime mixte, après avoir constaté une amélioration notable de l'état du cœur. Nous avons constaté une disparition des troubles digestifs chez notre malade de l'observation VII grâce au repos et au régime lacto-végétarien.

La digitaline sera administrée aux stades d'hyposystolie et d'asystolie sous forme d'injections intra-musculaires du produit soluble. Carrière conseille de donner X à XV gouttes par jour de la solution glycéro-alcoolique de digitaline pendant 4 à 5 jours. Il nous semble utile d'adjoindre au traitement précédent des purgatifs pour diminuer la stase des voies digestives. L'administration de la strychnine sous forme de noix vomique servira à réveiller les contractions des organes abdominaux et à suppléer aux fonctions déficientes des glandes digestives (Loeper).

Conclusions

I. — Les crises douloureuses épigastriques des cardiopathies, dues aux lésions du plexus sympathique abdominal périaortique, sont actuellement considérées comme l'apanage de l'aortite abdominale.

II. — Les autres troubles dyspeptiques des cardiaques défaillants (et dont nous avons fait l'étude dans ce travail) dépendent avant tout de la perturbation de la circulation veineuse. Ces troubles ne sont pas liés à une lésion déterminée. Nous les observons dans les différentes affections valvulaires et du myocarde au stade de la défaillance cardiaque.

III. — Il faut souvent un examen attentif du malade pour les découvrir ; d'autres fois ils coexistent avec les symptômes de l'insuffisance cardiaque ; on les voit même masquer la cardiopathie.

IV. — L'examen du chimisme stomacal révèle

de l'hypochlorhydrie, pouvant aller jusqu'à l'anachlorhydrie et une diminution très marquée de la sécrétion gastrique.

V. — L'épreuve du traitement digitalique fait souvent le diagnostic dans les cas douteux.

Vu : le Président de la thèse,

LOEPER.

Vu : le Doyen,

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Barié.* — Mal. du cœur et de l'aorte, 1901, p. 379.
- Carrière.* — Les gastropathies d'origine cardiaque (Gazette des Hôpitaux, 16 juillet 1900).
- Faroy.* — Hémorragies (Soc. de gastro-entérologie, 11 fév. 1924).
- Hauteœur.* — Lésions et troubles de l'estomac chez les cardiaques. Th. de Paris, 1891.
- Hayem et Lian.* — Mal. de l'estomac, p. 160.
- Le Meunier.* — Les tr. gastro-intestinaux dans les aortites abdominales. Th. de Paris, 1929.
- Lian et Faroy.* — Les troubles dyspeptiques de l'insuffisance cardiaque (Gaz. des Hôpitaux, 23 juin 1914).
- Læper.* — Les dyspepsies complexes des mitraux (Progrès médical, 28 fév. 1914).
- Les crises intestinales des aortiques (Progrès médical, 10 déc. 1910).
- Müller.* — La dyspepsie des cardiaques. Th. de Paris, 1886.
- Roger, Vidal.* — Fasc. XIII, p. 808.
- Rahier.* — Le chimisme gastrique dans l'insuffisance cardiaque (Presse médicale, n° 46, 10 juin 1931).
- Ramond (F.).* — Dyspepsies, 1920, p. 312.
-

